

Connect Nevada: Strengthening Youth, Empowering Families
Formulario de solicitud de apelación

Fecha de hoy:		
<p>Una apelación es cuando le pide a alguien que revise una decisión que tomó sobre los servicios de su hijo/joven, por ejemplo, si los ha rechazado o reducido. Si no está de acuerdo con lo que Magellan of Nevada decidió sobre los servicios de su hijo/joven, use este formulario de apelación dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la primera carta que indica rechazo.</p>		
Número de autorización:		
Urgencia de la apelación: <input type="checkbox"/> Estándar Tipo de apelación: <input type="checkbox"/> Elegibilidad del programa <input type="checkbox"/> Necesidad médica <input type="checkbox"/> Beneficios <input type="checkbox"/> Pago/reclamos <input type="checkbox"/> Prórroga de apelación de 14 días		
Fecha(s) de los servicios que está apelando (fecha de inicio): (fecha de finalización):		
Nombre del proveedor:		Ubicación del servicio:
Información del niño/joven		
Nombre del niño/joven (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido):		
Dirección:		
Ciudad:		Estado: Código postal:
Número de teléfono (con código de área):		Correo electrónico:
Padre/madre/tutor (nombre):		Número de teléfono:
<p>(1) Díganos por qué no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo y (2) por qué está presentando la apelación</p>		
<p>Para que su apelación sea más contundente, incluya pruebas como la carta de rechazo, expedientes médicos, notas del médico, resultados de pruebas y cualquier otro documento que pueda ayudar. Envíe estos documentos con el formulario de apelación.</p>		
<p>Consentimiento para que mi proveedor presente una apelación en mi nombre (Complete la sección a continuación y complete el formulario <i>Formulario de consentimiento de libertad de elección del niño/joven</i> y envíenoslo)</p>		
El niño/joven/padre/tutor legal da consentimiento <input type="checkbox"/> escrito <input type="checkbox"/> verbal para _____ para presentar esta apelación el _____.		
Información del representante autorizado		
<p>Puede pedirle a alguien que lo ayude con su apelación, como su proveedor de atención médica. Si decide hacer esto, háganoslo saber a continuación y complete el formulario <i>Formulario de autorización de uso y divulgación</i>, a continuación, envíenoslo. De esta manera, podemos compartir la misma información de apelación con esa persona y con usted, a menos que nos pida que dejemos de hacerlo.</p>		
Nombre del representante autorizado (nombre, inicial de segundo nombre, apellido):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Número de teléfono del representante:	Correo electrónico:
Relación con el miembro:	
Usted, el padre/tutor legal/representante autorizado/proveedor del niño/joven, debe firmar este formulario	
Firmado:	Fecha:
Envíe por correo postal, correo electrónico o fax este Formulario de solicitud de apelación, los documentos de respaldo a la apelación, el Formulario de consentimiento del miembro o el Formulario de autorización de uso y divulgación a:	Llame a nuestros asociados de Experiencia del Cliente (De 8:00 a. m. a 5:00 p. m. PST) si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este Formulario de solicitud de apelación.
<p style="text-align: center;">Attn: Magellan of Nevada Appeals & Grievances Department P.O. Box 34028, Reno, NV 89533 Correo electrónico: NevadaAppealsGrievances@Magellanhealth.com Fax: 1-888-656-5426</p>	<p style="text-align: center;">Teléfono: 1-833-396-4310 TTY: 7-1-1 MagellanofNevada.com</p>

La discriminación es ilegal

Magellan* cumple con todas las leyes de derechos civiles federales vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Magellan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Magellan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades para que puedan comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información por escrito en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el centro de atención para miembros de Magellan llamando al 1-833-396-4310.

Si usted considera que Magellan ha incumplido en cuanto a proporcionar estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Civil Rights Coordinator, Corporate Compliance Department

8621 Robert Fulton Drive

Columbia MD 21046

Teléfono: 800-424-7721 (TTY 711)

compliance@magellanhealth.com

Usted puede presentar una queja por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, o por correo postal o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>

* Magellan hace referencia a todas las subsidiarias y filiales correspondientes de Magellan Health, Inc., entre las que se incluyen, entre otras, Magellan Healthcare, Inc. y sus subsidiarias.

Inglés	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006).
Español	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006).
Chino	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006)。
Vietnamita	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006).
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-543-3875 (TTY: 800-456-4006)
Coreano	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006) 번으로 전화해 주십시오.
Armenio	Ուշադրություն հարկ է լինում, որ եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-877-543-3875 (TTY (հեռատիպ)՝ 1-800-456-4006):
Farsi	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان تماس (TTY: 1-800-456-4006) برای شما فراهم می باشد. با 1-877-543-3875 بگیریید.
Ruso	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006).
Japonés	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006)まで、お電話にてご連絡ください。
Árabe	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-456-800) -1 1-877-543-3875.
Panyabí	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Camboyano	ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006)។
Hmong	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006).
Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006) पर कॉल करें।
Tailandés	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006).